

告示番号		1		慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2					
病名		24 アミロイド腎										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規					
受給者番号				受診日		年		月		日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)													
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男・女・性別未決定	
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()都道府県		()市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI					
				年		月				日		年		月		日		肥満度	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日					
就学・就労状況		就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()																	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)										療育手帳		なし・あり			
		精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)				なし・あり(等級 1級・2級・3級)													
現状評価		治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能										運動制限の必要性				なし・あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する・しない・不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当								する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
身体所見		血圧:実施日:(年 月 日) 収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg																	
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見:[いいえ・はい・不明]																	
症状	全身	高血圧:[なし・あり] 浮腫:[なし・あり] 体重減少:[なし・あり] リンパ節腫脹:[なし・あり]																	
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり] 蛋白尿:[なし・あり] 腎機能低下:[なし・あり]																	
	筋・骨格	手根管症候群:[なし・あり]																	
	消化器	下痢:[なし・あり] 肝腫大:[なし・あり] 吸収不良症候群:[なし・あり]																	
	精神・神経	感覚運動神経障害:[なし・あり] 自律神経障害:[なし・あり]																	
	その他	巨舌:[なし・あり] 症状(その他):()																	
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載																			
身体所見		血圧:実施日:(年 月 日) 収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg																	
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見:[いいえ・はい・不明]																	
症状	全身	高血圧:[なし・あり] 浮腫:[なし・あり] 体重減少:[なし・あり] リンパ節腫脹:[なし・あり]																	
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり] 蛋白尿:[なし・あり] 腎機能低下:[なし・あり]																	
	筋・骨格	手根管症候群:[なし・あり]																	
	消化器	下痢:[なし・あり] 肝腫大:[なし・あり] 吸収不良症候群:[なし・あり]																	
	精神・神経	感覚運動神経障害:[なし・あり] 自律神経障害:[なし・あり]																	
	その他	巨舌:[なし・あり] 症状(その他):()																	
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
尿検査		血尿:[なし・肉眼的血尿・顕微鏡的血尿] 赤血球数:()個/視野 蛋白尿:[なし・あり] 尿中蛋白量:()mg/dL 尿蛋白量/尿中クレアチニン比:() 尿中β ₂ ミクログロブリン:()μg/L・未実施 尿中ベンズジヨンス蛋白(BJP):[なし・あり・未実施]																	
血液検査		血清総蛋白:()g/dL 血清アルブミン:()g/dL BUN:()mg/dL 血清クレアチニン:()mg/dL 血清シスタチンC:()mg/L・未実施 CRP:()mg/dL 血中M蛋白:[なし・あり]																	
生理機能検査		心電図検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()																	

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	1	慢性腎疾患（							
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	超音波検査（心臓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）								
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載									
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：（ ）個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ） 尿中β ₂ ミクログロブリン：（ ）μg/L・未実施 尿中ベンズジョング蛋白（BJP）：[なし ・ あり ・ 未実施]								
	血液検査 血清総蛋白：（ ）g/dL 血清アルブミン：（ ）g/dL BUN：（ ）mg/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 CRP：（ ）mg/dL 血中M蛋白：[なし ・ あり]								
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	超音波検査（心臓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）								
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載									
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（ ）								
経過（申請時） ※直近の状況を記載									
臨床経過	経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]								
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]								
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ）								
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 先行的腎移植：[なし ・ あり] 生体腎移植：[なし ・ あり]								
治療	治療（その他）：（ ）								
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）								
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度 （ ）回／月								
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E] 成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]								
医療機関・医師署名									
上記の通り診断します。									
医療機関名		医療機関住所		記載年月日		年 月 日			
				診療科					
				医師名				(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号		()	